

# **Truende alkoholisk delir**

## **Håndtering av alkoholabstinens i sykehus**



**Mariann Andersen-Granli**

**Simer Jit Bains**

**Cecilie E. Dønnum**

**Nina Marie Foerster**

**Matias Mathisen Rake**

**Saima Tariq**

**Nikolai Wexels**

**Kunnskapshåndtering, ledelse og kvalitetsutvikling**

**K14**

**Høst 2011**

## **Innholdsfortegnelse**

<b>Sammendrag</b>	<b>3</b>
<b>Introduksjon</b>	<b>4</b>
<b>Kunnskapsgrunnlaget</b>	<b>5</b>
<i>Søkestrategi</i>	5
<i>Kritisk vurdering</i>	6
<i>Konklusjon</i>	7
<b>Forbedringsarbeidet</b>	<b>7</b>
<i>Gjeldende praksis</i>	7
<i>Tiltak</i>	8
<i>Indikatorer</i>	8
<b>Prosess og organisering</b>	<b>10</b>
<i>PDSA-sirkel</i>	10
<i>Plan</i>	10
<i>Do</i>	11
<i>Study</i>	11
<i>Act</i>	11
<i>Implementering i hele avdelingen</i>	12
<i>Tidsperspektiv</i>	12
<i>Motstand</i>	13
<i>Varige endringer</i>	13
<b>Diskusjon</b>	<b>15</b>
<b>Referanser</b>	<b>16</b>

## **Sammendrag**

**Bakgrunn:** Medisinsk avdeling ved Sykehuset Innlandet HF, Divisjon Gjøvik har for tiden ingen systematisk monitorering av pasienter med truende alkoholisk delir/alkoholabstinenssyndrom ("alcohol withdrawal syndrom" - AWS). Medikasjon og oppfølging av denne pasientgruppen er delvis basert på gamle retningslinjer fra sykehuset, og delvis basert fra den enkelte leges faglig skjønn. Det mangler altså felles rutiner, og det er dermed vanskelig å sikre at behandlingen er kvalitetssikret og i tråd med oppdaterte retningslinjer.

**Kunnskapsgrunnlag:** Vi valgte en søkestrategi etter PICO-modellen og fikk relevant treff øverst i kunnskapspyramiden i den evidensbaserte kunnskapskilden UpToDate. Her fant vi en klinisk retningslinje fra 2011 som omhandler behandling av pasienter med AWS i sykehus. Denne retningslinjen gir en GRADE 1A anbefaling for monitorering av pasienter som behandles medikamentelt for AWS.

**Tiltak, kvalitetsindikator og metode:** Vi har laget et skjema for behandling og monitorering av pasienter med AWS med utgangspunkt i retningslinjen fra UpToDate. Skjemaet implementeres etter PDSA-modellen. Vi har tatt utgangspunkt i to indikatorer; hvor stor andel av pasientene får monitorering og behandling ut i fra monitoreringsskjema, og er det samsvar mellom dosering av medisiner og score i skjemaet?

**Vurdering:** Bruk av skjema for systematisk behandling og monitorering er klart beste medisinske behandling av pasienter med AWS. Det vil også kunne føre til økt trygghet hos helsepersonell i håndtering av denne pasientgruppen, og ressursbesparelse.

## Introduksjon

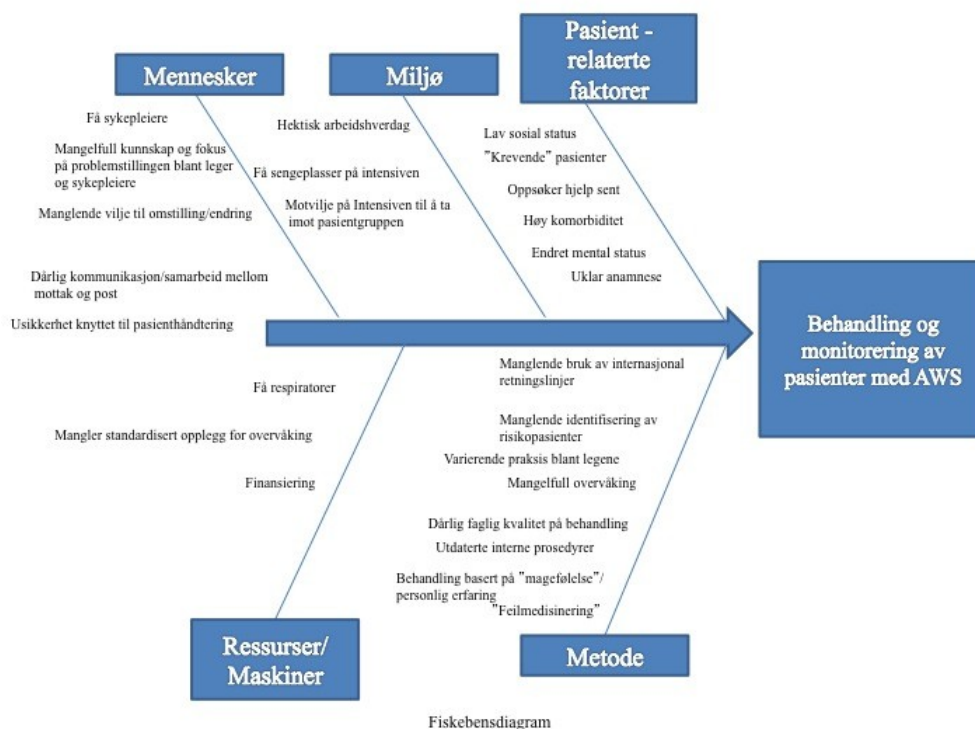
På Sykehuset Innlandet HF, Divisjon Gjøvik, innlegges det årlig rundt 130 pasienter med truende alkoholisk delir/alkoholabstinenssyndrom ("alcohol withdrawal syndrom" - AWS) (1;2). Til tross for at dette er et relativt vanlig problem, er det mangelfulle interne retningslinjer for behandling av disse pasientene.

AWS oppstår etter langvarig høyt alkoholinntak med påfølgende brå seponering.

Symptomene kan være autonome med tachykardi, tremor, hypertensjon, svetting, kvalme, oppkast, og de kan være psykiske med dysfori, angst, psykomotorisk uro, insomni, illusjoner og hallusinasjoner. Alvorlighetsgraden varierer fra lett ubehag til alvorlige symptomer, eventuelt med komplikasjoner som delir eller generaliserte kramper. Alkoholisk delir kjennetegnes ved redusert bevissthet, kognitiv svikt, rask utvikling, fluktuerende forløp og en forverring av symptomene som forekommer ved AWS. Alkoholisk delir er potensielt livstruende og skal behandles i sykehus (3;3;4).

I nyere anbefalinger, både internasjonalt (3) og nasjonalt (4), anbefales benzodiazepiner som førstevalg ved behandling av AWS. Benzodiazepiner har bedre dokumentert effekt enn andre medikamenter, og bedre sikkerhetsprofil enn andre sedativer.

Diskrepansen mellom kunnskap og praksis utgjør et stort forbedringspotensiale, og er dermed en konkret og velegnet problemstilling for en KloK-oppgave.



## Kunnskapsgrunnlaget

### Søkestrategi

Vi utførte et litteratursøk i kunnskapsbasen McMaster PLUS med utgangspunkt i følgende PICO-spørsmål :

P: Pasienter med AWS som behandles med benzodiazepiner

I : Systematisk monitorering og overvåkning

C: Ingen monitorering og overvåkning

O: Færre liggedøgn, mindre bruk av medikamenter

Søkestrengen som ble brukt var ”delirium tremens AND monitoring”. Dette ga oss et relevant treff øverst i kunnskapspyramiden i den evidensbaserte kunnskapskilden UpToDate. Her fant vi en klinisk retningslinje med tittelen ”Management of moderate and severe alcohol withdrawal syndrome”, som var sist oppdatert 3.oktober 2011 (3). Denne retningslinjen omhandler behandling av innlagte pasienter med symptomer på moderat til alvorlig AWS.

UpToDate-retningslingen gir en 2B GRADE anbefaling om bruk av benzodiazepiner i behandlingen av moderat til alvorlig AWS. GRADE (The Grading of Recommendations, Assessment, Development and Evaluation) er et internasjonalt system for å vurdere kvaliteten av kliniske retningslinjer (5). Nummeret (1,2) reflekterer styrken på anbefalingen, og bokstaven (A-D) sier noe om kvaliteten på kunnskapsgrunnlaget. Bruken av benzodiazepiner for denne populasjonsgruppen er derfor en svak anbefaling (2B) av moderat god kvalitet, og man må vurdere implementering for hver enkelt pasient. Da det ikke finnes bedre evidens for bruk av andre medikamenter, forutsetter vi at benzodiazepiner er det beste valget for disse pasientene. Videre anbefales det at man doserer medikamentene etter vurdering av sykdomsgrad etter bruk av et validert graderingsskjema som for eksempel Clinical Institute Withdrawal Assessment for Alcohol Scale (CIWA-Ar). CIWA-Ar er en protokoll som brukes til å overvåke symptomer ved AWS, og skal slik veilede den symptombaserte behandlingen. De fleste symptomer scores fra 0-7. Milde symptomer gir CIWA-Ar score under 8. Moderate symptomer scorer 8-12. Dersom score er over 12, har pasienten alkoholisk delir (6). Bruk av et validert graderingsskjema er en sterk, kvalitetssikret anbefaling, GRADE 1A, og bør gjelde de fleste pasienter.

## Kritisk vurdering

Retningslinjen "Management of moderat and severe alcohol withdrawal syndrome" (3) baserer sin bruk av CIWA-Ar på fire enkeltstudier; tre randomiserte, kontrollerte studier (RCT) og én retrospektiv kohort studie (7-10). Vi har kritisk vurdert hver enkelt studie.

I en RCT (9) sammenlignet man effekten av symptombasert behandling versus kontinuerlig infusjonsbehandling med hensyn til alvorlighetsgraden og varigheten av AWS, mengden medikamentbruk og antall dager på intensivavdeling. Det var signifikant forskjell mellom gruppene når det gjaldt behandlingstid; 6 dager ved infusjonbasert behandling og 2 dager ved symptombasert behandling ( $p < 0.01$ ). Dette gir en absolutt reduksjon i behandlingstid på 4 dager, og relativ reduksjon på 67%. Det var også signifikant forskjell mellom gruppene når det gjaldt mengde benzodiazepiner. Gjennomsnittlig mengde dosert benzodiazepin var 162 mg (KI 91.4-807) hos kontrollgruppen og 67.9 mg (KI 12.5-143.9) hos de som fikk symptombasert behandling ( $p < 0.01$ ). Dette gir en absolutt reduksjon på 94,1 mg, og en relativ reduksjon på 58%. Gruppen som fikk symptombasert behandling hadde signifikant færre liggedager på intensivavdeling, med median 6 dager mindre enn kontrollgruppen.

Neste RCT (7) sammenlignet effekten av et symptombasert behandlingsregime med en standard fiksert behandlingsplan ved å se på dosering og varighet av den medisinske behandlingen av pasienter med AWS. Det var signifikant forskjell mellom gruppene i behandlingsvarighet og mengde benzodiazepiner som ble dosert. Median behandlingstid for gruppen som fikk symptombasert behandling var 9 timer, mens median behandlingstid for kontrollgruppen var 68 timer ( $p < 0.001$ ). Dette gir en absolutt reduksjon i median behandlingstid på 59 timer, og en relativ reduksjon på 87%. Gruppen som fikk symptombasert behandling fikk totalt 100 mg benzodiazepin sammenlignet med kontrollgruppen som fikk totalt 425 mg benzodiazepin ( $p < 0.001$ ). Dette gir en absolutt reduksjon på 325 mg, og en relativ reduksjon på 76%.

Tredje RCT (8) sammenligner også om det er fordelaktig å bruke symptombasert behandling med benzodiazepiner i forhold til fiksert dose hos pasienter med AWS. Det var signifikant forskjell mellom de to gruppene mht benzodiazepinmengde og total behandlingstid. Gjennomsnittlig behandlingstid i gruppen som fikk symptombasert behandling var 20 timer, mot 62.7 timer i gruppen som fikk fiksert dose ( $p < 0.001$ ). Dette gir en absolutt reduksjon på 42,7 timer, og en relativ reduksjon på 68%. Gjennomsnittlig dosert mengde benzodiazepin var

37.5 mg i gruppen som fikk symptombasert behandling mot 231.4 mg i gruppen som fikk fiksert dose ( $p < 0.001$ ). Dette gir en absolutt reduksjon på 193,5 mg, og en relativ reduksjon på 84%.

Den retrospektive kohortstudien (10) evaluerer effektiviteten av symptombasert behandling ved bruk av CIWA-Ar score ved AWS versus tradisjonell behandling. Det ble ikke vist signifikant forskjell mellom de to gruppene mht bruk av benzodiazepiner ( $p = 0.21$ ), total dose benzodiazepiner ( $p = 0.38$ ) eller total behandlingstid ( $p = 0.16$ ), men det ble vist en signifikant reduksjon av komplikasjoner, i form av alkoholisk delir, i gruppen som hadde mottatt symptombasert behandling ( $p = 0.04$ ). Studien vurderer effekt av tiltak, og har derved brukt et utilfredsstillende studiedesign. Det optimale ville være å bruke RCT, og det er derfor usikkert om resultatene er til å stole på.

### **Konklusjon**

De tre RCTene (7-10) viste signifikant forskjell mht varighet av behandling, som var kortere ved bruk av symptombasert behandling. De samme tre studiene viste at det ble brukt mindre mengde benzodiazepiner ved symptombasert behandling. Den retrospektive studien (10) viste imidlertid ikke signifikant forskjell verken for behandlingstid eller mengde benzodiazepiner brukt. Til tross for dette mener vi at kunnskapsgrunnlaget for anbefaling av symptombasert behandling av AWS er sterkt, og bør være den foretrukne behandlingsmåte. I tråd med anbefalingene nevnt innledningsvis (3), vil vi anta at dette også vil være gjeldende for norske forhold. Selv om kohortstudien ikke viser noen fordeler ved symptombasert behandling, er det usikkert om vi kan stole på denne da dette studiedesignet ikke egner seg til å måle effekt av behandlingstiltak.

### **Forbedringsarbeidet**

Målet med kvalitetsforbedringsprosjektet vårt er å sørge for at behandling og monitorering av pasienter med AWS skjer etter internasjonale retningslinjer som er basert på evidensbasert forskning.

### **Gjeldende praksis**

Samtale med overlege Per Olav Vandvik og sykepleiere på medisinsk avdeling, Sykehuset Innlandet HF, divisjon Gjøvik, belyser at det foreligger et stort misforhold mellom kunnskap

og praksis vedrørende behandling og monitorering av pasienter med AWS. Interne prosedyrer er mangelfulle, og internasjonale anbefalinger anvendes i liten grad. Behandlingen baseres i stor grad på personlig erfaring og klinisk skjønn, og det er stor variasjon mellom tiltakene de ulike legene initierer. Resultatet er usikkerhet blant pleiepersonalet og en praksis som i varierende grad er tuftet på evidensbasert forskning.

### **Tiltak**

Tiltaket er implementering av et skjema som skal optimalisere behandling og monitorering av pasienter med AWS. Vi har brukt CIWA-Ar som utgangspunkt, og etter ønske fra avdelingen tilføyd noen punkter for å vurdere vitale parametere (puls, blodtrykk og oksygenmetning) (Vedlegg 1).

### **Indikatorer**

For å måle om tiltaket oppnås, innfører vi to kvalitetsindikatorer. En kvalitetsindikator er et indirekte mål som sier noe om kvaliteten på området som måles. Kvalitetsindikatorer kan deles inn i strukturindikatorer, resultatindikatorer og prosessindikatorer (11).

En *strukturindikator* måler helsevesenets rammer og ressurser, for eksempel personalets kompetanse, tilgjengelig utstyr, fasiliteter og teknologi. I forhold til vår problemstilling kunne aktuelle strukturindikatorer ha vært å måle sykepleiernes kunnskap om behandling av pasientgruppen eller kapasitet på avdelingen for adekvat overvåkning. En *resultatindikator* sier noe om behandlingseffekten for eksempel i form av overlevelse, prognose, funksjon eller livskvalitet. I vårt prosjekt kunne vi ha brukt andelen av pasienter med AWS som utvikler alkoholisk delir, andelen som utvikler komplikasjoner som følge av behandlingen eller grad av tilfredshet blant personalet etter innføring av nye retningslinjer. Resultatmål har ofte interesse for pasienter og myndigheter fordi de er et direkte uttrykk for hvordan det går med pasientene. En *prosessindikator* måler i hvilken grad klinisk praksis samsvarer med anbefalte prosedyrer og retningslinjer (12;13). Disse indikatorene er basert på grundig evidensbasert forskning der dette finnes, og dataene er som regel enkle å innhente og analysere.

Vi har utviklet to prosessindikatorer basert på internasjonale retningslinjer. Dette vil gi oss et mål på om pasienten har mottatt behandling og monitorering i samsvar med anbefalte prosedyrer:

1. Hvor stor andel av pasientene behandles og monitoreres vha CIWA-Ar skjema?
2. Samsvarer dosering av medisiner med CIWA-Ar-score?



Kravene til en god indikator er at den må være relevant, gyldig, målbar, tilgjengelig, pålitelig og tolkbar og at den er mulig å påvirke og sensitiv for endring. En god indikator bør også gi hensiktsmessige konsekvenser (12).

I forhold til målet med kvalitetsforbedringsprosjektet, mener vi at det er relevant å måle hvor stor andel av pasientene som faktisk monitoreres og behandles vha CIWA-Ar-skjemaet.

Indikator 1 er en gyldig indikator, da den baserer seg på en GRADE 1A-anbefaling (5). Det foreligger sterk evidens for at dette er den beste behandlingen for denne pasientgruppen. Vi forutsetter at bruken av CIWA-Ar journalføres, og det vil derfor være enkelt å måle om skjemaet har blitt benyttet. Dette vil gjøre indikatoren tilgjengelig, pålitelig og tolkbar, da det vil være enkelt å gå inn i journalen for å se om skjemaet har blitt brukt eller ikke.

Påliteligheten til indikatoren er avhengig av at helsepersonell dokumenterer bruk av skjemaet konsekvent og riktig. Dette forutsetter god opplæring i forkant, samt tilstrekkelig med tid til å følge de nye rutinene i en hektisk arbeidshverdag. Vi anser indikatoren for å være påvirkelig og sensitiv for endring, da tiltaket er innføring av et skjema som man enten bruker eller ikke. Vi tror indikatoren vil gi hensiktsmessige konsekvenser, da tiltaket vårt er godt vitenskapelig dokumentert.

Vi mener at det er viktig å ha med prosessindikator 2 for å sikre at den første prosessindikatoren brukes riktig. Det er ikke nok at pasientene vurderes med CIWA-Ar, dersom behandlingen de mottar ikke samsvarer med anbefalingen. Ved å bruke prosessindikator 2 forsikrer vi oss om at pasientene både monitoreres og behandles etter internasjonale retningslinjer.

Vi har valgt å ikke ta med struktur- eller resultatindikatorer i denne fasen av kvalitetsforbedringsprosjektet på grunn av oppgavens omfang. Siden bruken av CIWA-Ar er godt vitenskapelig dokumentert for denne pasientgruppens utfall, mener vi at det er tilstrekkelig å se på bruken av skjemaet og gjennomført behandling.

## Prosess og organisering

Kvalitetsarbeid foregår i mikrosystemer. Mikrosystemene er byggesteinene i helsevesenet, og det er her pasienten møter helsepersonell. Det er derfor i stor grad dette systemet pasienten vil ha et forhold til, og hvor kvalitet på helsetjenesten vil gjenspeiles (14;15). Vårt mikrosystem er medisinsk avdeling på Sykehuset Innlandet HF, Divisjon Gjøvik.

### PDSA-sirkel

For å få til kvalitetsforbedring og en endring i dagens praksis, ønsker vi å utføre et kvalitetsarbeid via en trinnvis og syklisk tilnærming. Trinnvis fordi vi starter med en pilotgruppe før vi implementerer tiltaket i hele avdelingen. Syklisk fordi vi gjentar endringen og evaluerer etter hvert trinn. Langley og Nolan har utviklet en modell for kvalitetsforbedring (16). PDSA-sirkelen inngår i denne modellen, som består av to deler. I del 1 må man besvare: ”Hva ønsker vi å oppnå?”, ”Når er en endring en forbedring?” og ”Hvilke endringer kan iverksettes for å skape forbedring?” I del 2 innfører man PDSA-sirkelen. Bokstavene står for *Plan, Do, Study, Act*.

**Plan** innebærer å avklare situasjonen i øyeblikket, fastsette mål man skal nå, sette inn nødvendige tiltak og sørge for at det er nok ressurser for å gjennomføre endringen.

**Do** er å iverksette de planlagte tiltakene.

**Study** vil si å samle inn og analysere resultatene i forhold til målene.

**Act** er en oppsummering og refleksjon rundt de tiltakene man har innført. Avvik korrigeres og eventuell god løsning implementeres.

I vårt tilfelle ønsker vi å gjennomføre PDSA-sirkelen to ganger i pilotprosjektet.

### Plan

For vellykket implementering, er det viktig at endringen er forankret i ledelsen, men samtidig må klinikerne (både leger og sykepleiere) være med på prosessen. Dette øker sjansen for vellykket implementering, da klinikere som skal utføre arbeidet ikke vil se på det som et tvunget tiltak (top-down-problematikk) (17).

Mandag 7. november var KLoK-gruppen på møte på medisinsk avdeling på Sykehuset Innlandet HF, Divisjon Gjøvik. Vi presenterte problemstillingen og fikk en aktiv diskusjon blant legene. Etter dette hadde vi et eget møte med avdelingssjef Øystein Stubhaug, overlege Per Olav Vandvik og fire sykepleiere fra medisinsk avdeling som skal være involvert i

prosjektet. En prosjektgruppe med fire sykepleiere og avdelingssjefen ble dannet. En assistentlege skal også inngå i denne gruppen, men mangler foreløpig. Det ble også diskutert om en sykepleier fra akuttmottak og en sykepleier fra intensivavdelingen bør innlemmes i gruppen, noe som er meget fordelaktig da tiltakene også vil berøre disse avdelingene. Sammensettingen av prosjektgruppen er meget gunstig for å redusere implementeringsproblemer beskrevet tidligere. Gruppen må ha en felles visjon for endring og et felles mål. Den må jobbe aktivt og øke motivasjonen hos de ansatte for at endring kan skje. Det er hovedsakelig sykepleierne som skal gjøre endringsarbeidet, så det er viktig med motiveringsarbeid blant dem.

Post 2 AB skal inngå i pilotprosjektet nevnt tidligere. Denne sengeposten har 32 sengeplasser og mottar i dag de fleste pasienter med AWS. I tillegg må sykepleierne i akuttmottaket bli informert om pilotprosjektet, da pasientene med AWS først tas i mot der. Det er hensiktsmessig at CIWA-Ar blir brukt på pasientene som blir vurdert å ha AWS ved innkomst. CIWA-Ar bør derfor distribueres på post 2AB og i akuttmottaket. (Vedlegg). Skjemaet skal ligge i pasientens kurvebok og følge pasienten i hele pasientforløpet.

## **Do**

Deretter iverksettes de planlagte tiltakene for implementering. Pilotprosjektet skal igangsettes januar 2012. I november og desember 2011 skal det være en preimplementeringsfase. Leger og sykepleiere får en generell orientering om tiltaket og endringsprosessen, mens de aktuelle deltakerne i pilotprosjektet får en grundigere opplæring. Legene har allerede fått en kort gjennomgang på morgenmøtet 7. november, med hovedvekt på kunnskapsgrunnlaget.

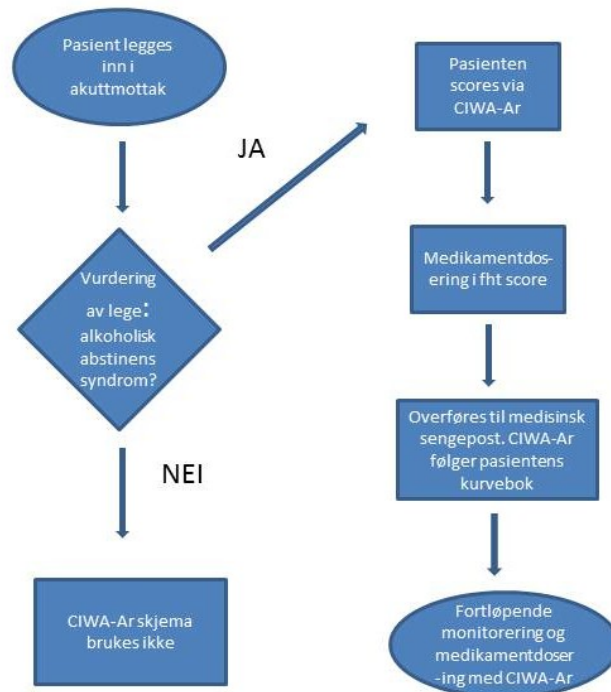
## **Study**

Avslutningsvis i første runde PDSA-sirkel, må prosjektgruppen analysere resultatene. Hovedspørsmålet er om indikatorene beskrevet tidligere nås. Journaler hos alle pasienter med AWS må gjennomgås, for å se hvor mange som ble monitorert med CIWA-Ar. Før neste runde med PDSA-sirkel bør prosjektgruppen sette av tid til møte og dialog med deltakere i pilotprosjektet.

## **Act**

Når analysen av arbeidet er gjort, må eventuelle avvik korrigeres etter opprinnelig plan. Kanskje det blir nødvendig med innskjerping av rutiner, mer informasjon til de ansatte osv.

En ny runde med PDSA-sirkel i pilotprosjektet iverksettes der avvik og misforståelser fra første runde korrigeres. Etter en tid må resultatene samles inn og analyseres som beskrevet over.



Flytskjema over prosessen

### Implementering i hele avdelingen

Neste trinn blir så å implementere tiltaket i hele den medisinske avdelingen, og prosessen ovenfor gjentas, selvsagt i større skala. En viss tid etter implementering i hele avdelingen, skal man kjøre en ny runde med PDSA-sirkel. Dette for å kartlegge og korrigere nye feil, misforståelser og avvik som oppstår ved implementering i en større gruppe.

### Tidsperspektiv

Etter en preimplementeringsfase med informasjon og distribusjon av skjema, igangsettes prosjektet i januar 2012. Varigheten av selve pilotprosjektet kommer an på antall pasienter som innlegges med AWS. Det kan være fornuftig å ha en total varighet av pilotprosjektet på 6-7 uker. Det blir opp til prosjektgruppen å vurdere om det er hensiktsmessig med en uke til vurdering og evaluering mellom de to PDSA-sirklene. Hovedprosjektet bør ha en varighet på 12 uker før det indikatorene vurderes. Prosjektgruppen må kontinuerlig ha dialog med

personalet for å jevnlig kontrollere at prosessindikatorene blir nådd. Utfordringer og forbedringsarbeid må håndteres kontinuerlig.

## **Motstand**

I enhver endringsprosess i en organisasjon må man være forberedt på å møte motstand mot endring blant både ansatte og ledere. Selv om utøvere av medisin opererer i et landskap der faktagrunnlaget hele tiden endres og således er vant til endringer, har alle mennesker en iboende motstand mot forandring (18). De ansatte kan være fornøyd med dagens prosedyrer, og ikke se behovet for endring. De kan mangle tillit til at endring kan gjennomføres. De kan være redde for å tape makt og status. Ledelsen kan ha uvilje mot innblanding og være redd for at endring innebærer høye omkostninger (19;20).

Sykepleiere kan frykte at arbeidsbelastningen blir høyere ved å innføre nye tiltak. Monitoreringsskjema krever hyppig observasjon. Hvis arbeidbelastningen blir for høy og ledelsen ikke setter inn tiltak for å redusere dette, kan motstand mot endring fort oppstå. Sykepleierne får nye arbeidsoppgaver, og uten opplæring og undervisning, kan det bli usikkerhet rundt disse. Legene kan føle at deres kliniske skjønn og erfaring blir overprøvd. Det er naturlig å tenke seg at legene kan føle tap av makt og status. Det kan også oppstå skepsis til monitoreringsskjemaets validitet.

På møtet 7. november møtte vi entusiastiske sykepleiere og en avdelingssjef som gjerne ville at prosjektet skulle gjennomføres. Det er satt av ressurser til at tiltaket kan gjennomføres, og endringen er forankret i ledelsen. Allikevel kan ulike typer motstand oppstå blant de ansatte. Det er viktig at lederen fokuserer på sine oppgaver slik at eventuell motstand blir håndtert. Lederen må formidle verdien av endring, motivere de ansatte, planlegge og prioritere slik at endringstiltaket er gjennomførbart. Lederen må få det nye systemet til å fungere og bygge bro mellom de ansatte (21).

## **Varige endringer**

Dersom kvalitetarbeidet skal lykkes, er det viktig at endringen forblir varig. Vi har i hovedsak valgt å fokusere på to hovedstrategier for å muliggjøre dette.

### *1. Fysiske endringer*

Etter at skjemaet er ferdig utarbeidet og utprøvd, må det være lett tilgjengelig både i akuttmottak og på medisinsk avdeling. Det kan være en idé å dele ut et eksemplar til leger og

sykepleiere på medisinsk avdeling. Om skjemaet deles ut fysisk, eller distribueres digitalt, avhenger av sykehusets ressurser. Nyansatte må også få god opplæring i bruk av skjemaet. I tillegg må metodeboken på sykehuset endres, slik at alle som behandler pasienter med AWS følger oppdaterte retningslinjer. Metodeboken må oppdateres både på nett og papir.

## *2. Endret kultur*

En kommer ikke langt med fysiske endringer, om ikke kulturen på arbeidsplassen endres.

John Kotter er en guru innen endringsledelse, og vi anbefaler å bruke hans 8-trinns modell for å sikre at endringen blir varig (17).

- 1) Skape kriseforståelse - endring er nødvendig: På Gjøvik var det særlig ett tilfelle som fikk personalet til å forstå at monitoreringen av pasienter med AWS var mangelfull. Utfordringen blir å kommunisere dette til andre på avdelingen og slik skape en forståelse for at nåværende rutiner ikke er tilstrekkelige.
- 2) Etablere en allianse med makt til å gjennomføre endringen: Alliansen med ledelsen på medisinsk avdeling er sterk. Oppgaven utføres nærmest "på bestilling" fra overlege i samråd med sykepleiere, med sterk lokal forankring.
- 3) Ha en klar visjon: Vår visjon er at monitoreringsskjemaet vil gi pasientene best mulig og kvalitetssikret behandling.
- 4) Kommunisere visjon og strategi: Prosjektgruppen må ha kontinuerlig dialog med både leger og sykepleiere på medisinsk avdeling gjennom hele endringsprosessen. Det er viktig å være tydelig på egen målsetting, og hvordan denne skal nås.
- 5) Fjerne hindringer og gjøre folk i stand til å arbeide på nye måter: De fysiske endringene er allerede gjort rede for.
- 6) Synliggjøre tidlig suksess: Oppnås indikatorene, blir det viktig å kommunisere dette til ansatte på et tidlig stadium.
- 7) Ikke ta seier på forskudd: Selv om de første resultatene er gode, er det viktig at både pilot- og hovedprosjektet kjøres fullt ut og evalueres tilstrekkelig.
- 8) Skape forankring i organisasjonsadferden: Målet er at det nye monitoreringsskjemaet blir en del av prosedyrene ved sykehuset.

## Diskusjon

Per nå er diskrepansen mellom anbefalt god praksis og faktiske rutiner på Gjøvik sykehus for stor, og det er liten tvil om at det i et medisinskfaglig perspektiv burde innføres et skjema for monitorering og dosering av medisin hos pasienter med AWS. Innføring av skjemaet innebærer ingen økt risiko for pasientene. Når vi nå skal diskutere de praktiske mulighetene for implementering, må vi derimot ta flere hensyn, blant annet til økonomi og lokale forhold.

For å starte med det siste, virker både leger og sykepleiere motiverte for å innføre skjemaet. Kompetansen til å vurdere pasienter vha CIWA-Ar er til stede. De ansatte uttrykker også et ønske om større grad av reproduserbarhet av vurderingen, noe et skjema vil legge til rette for. Muligheten blant sykepleiere til å dosere og administrere medisin, med visshet om at de følger beste mulige tilgjengelige behandling, gir økt trygghet.

Innføringen av skjemaet vil ikke medføre store kostnader for avdelingen. Utgiftene forbundet med prosjektet er små, og i hovedsak knyttet til internundervisning og ansvar for implementering og evaluering av prosjektet. Opptrykking av selve skjemaet vil være en minimal kostnad. I et mer langsiktig perspektiv vil en anta at sykehuset sparer ressurser, da studier viser at både liggetid og medikamentbruk går ned ved innføring av symptomstyrt medikamentdosering.

En kan stille spørsmål ved om pasientmassen med AWS er stor nok til å forsvare en omlegging av rutiner. Dette bør også sees i sammenheng med at innføring av tiltaket kan tenkes å påvirke andre viktige områder på sykehuset. Eksempelvis vil innføring av CIWA-Ar kunne føre til økt belegg på intensivavdelingen og pålegge sykepleierne en større arbeidsmengde. Dette vil kunne gå på bekostning av andre pasientgrupper, samt være mer kostbart enn gjeldende praksis.

Til tross for disse innsigelsene, vil vi anbefale Sykehuset Innlandet HF, Divisjon Gjøvik å iverksette dette kvalitetsforbedringsprosjektet. Dette vil først og fremst bedre behandling av pasienter med AWS. I tillegg til den helsemessige gevinsten, vil det som en bieffekt gi en langsiktig økonomisk gevinst, samt økt tilfredshet og sikkerhet blant ansatte.

## Referanser

- (1) [www.absentia.no](http://www.absentia.no). Hvor mange alkoholikere finnes det i Norge? 2002. Online Source
- (2) Kosten TR, O'Connor PG. Management of drug and alcohol withdrawal. N Engl J Med 2003;348(18).
- (3) Robert S Hoffman, Gerald L Weinhouse. Management of moderate and severe alcohol withdrawal syndromes. Up To Date . 3-10-2011. Online Source
- (4) A Helland, S Skjøtskift. Medikamentell behandling av alkoholabstinens . Tidsskriftet for den norske legeforening 2008;128(10):1182-4.
- (5) Guyatt G, Oxman A, Vist G. GRADE: an emerging consensus on rating quality of evidence and strength of recommendations. BMJ 2008;336.
- (6) Protocol for the assessment and management of alcohol withdrawal: background and order forms, a guide for physicians, nurses and pharmacists, Holbrook A, (2006).
- (7) Michael F.Mayo-Smith, Mark S.Roberts, Richard Saitz, Donald R.Bernard, David R.Calkins, Harriet A.Redmond. Individualized treatment for alcohol withdrawal. A randomized double-blind controlled trial. JAMA 1994;272(7).
- (8) Gache P, Landry U, Sekera E, Schweizer V, Gloor S, Yersin B, et al. Symptom-triggered vs fixed-schedule doses of benzodiazepine for alcohol withdrawal: a randomized treatment trial. Arch Intern Med 2002;162.
- (9) Spies CD, Otter HE, Hüske B, Sinha P, Neumann T, Rettig J, et al. Alcohol withdrawal severity is decreased by symptom-orientated adjusted bolus therapy in the ICU. Intensive Care Med 2003;29(12).
- (10) Jaeger TM, Lohr RH, Pankratz VS. Symptom-triggered therapy for alcohol withdrawal syndrome in medical inpatients. Mayo Clin Proc 2001;76(7).
- (11) A Schreiner. Kvalitetsforbedring i praksis. Den Norske Legeforening; 2004.
- (12) L H Rygh, B Mørland. Jakten på de gode kvalitetsindikatorer. Tidsskriftet for den norske legeforening 2006;126(21):2822-5.
- (13) Helsedirektoratet. Rammeverk for et kvalitetsindikatorsystem i helsetjenesten. 2010.
- (14) Barach P, Johnson JH. Understanding the complexity of redesigning care around the clinical microsystem. Qual Saf Health Care 2006;15.
- (15) Nelson EC, Batalden PB, Godfrey MM. Quality by design: a clinical microsystems approach. 1st ed. San Francisco, CA: Jossey-Bass; 2007.
- (16) Langley, Nolan, Nolan, Norman, Provost. The Improvement Guide. New York; Jossey Bass; 1996.
- (17) von Plessen C, Aslaksen A. Improving the quality of palliative care for ambulatory patient with lung cancer. BMJ 2005;330.
- (18) Bjørndal A, Flottorp S, Klovning A. Kunnskapshåndtering i medisin og helsefag. Oslo, Gyldendal Norske Forlag AS; 2007.
- (19) Jan Frich. Hvordan få til endring? 2011. Lecture at the University of Oslo
- (20) Kotter J. Leading Change: why transformation efforts fail. Harvard Business Review 2000.
- (21) John W.Gardner. John W. Gardner On Leadership. New York, The Free Press; 1990.